

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE 382

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

NICOLAS MARINOFF

Né à RAZGRAD (Bulgarie) le 20 Septembre 1897

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER PRÉCOCE DE L'ESTOMAC
(JUSQU'A L'ÂGE DE 30 ANS)

Président : M. le Professeur P. CARNOT

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

—
1932

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR
NICOLAS MARINOFF

Né à RAZGRAD (Bulgarie) le 20 Septembre 1897

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER PRÉCOCE DE L'ESTOMAC (JUSQU'A L'AGE DE 30 ANS)

Président : M. le Professeur P. CARNOT

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1932

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVAST.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSENGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	N...
	N...
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

LAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
UBERTIN	Pathologie médicale.
ÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
ROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
RULÉ.....	Pathologie médicale.
SUSQUET.....	Pharmacologie.
ADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
ATHALA.....	Pathologie médicale.
HABROL.....	Pathologie médicale.
HAILLEY-BERT...	Physiologie.
HEVALLIER..	Pathologie médicale.
OGNON.....	Physique.
ONZELOT....	Pathologie médicale.
CALLE.....	Obstétrique.
EY.....	Urologie.
ASTINEL.....	Bactériologie.
ATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
IROUD.....	Histologie.
ALPHEN. . .	Oto-rhino-laryngologie.
ARVIER.....	Pathologie médicale.
AZARD	Pharmacologie.
OVEACQUE.	Anatomie.
UTINEL.....	Pathologie médicale.
DANNON.....	Hygiène.
ABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
ROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.

MM.

LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
X.....	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
X.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SANNIÉ.....	Chimie biologique.
SEZARY.....	Dermatologie et syphillographie.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

SUSQUET.....	Pharmacologie.
EQUEUX.....	Obstétrique.
EROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERRER....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU	Clinique chirurgie
MOCQUOT	Clinique chirurgie
PROUST	Clinique chirurgie
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgie
LE LORIER ...	Clinique obstétric
LEVY-SOLAL ...	Clinique obstétric
METZGER	Clinique obstétric

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique c l'adulte pour les accidentés du travail, mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que
opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don
aucune approbation ni improbation.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT
Professeur de Clinique Médicale de la Faculté;
Médecin de l'Hôtel-Dieu;
Membre de l'Académie de Médecine;
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de notre thèse. Nous lui adressons
l'expression de notre respectueuse
gratitude.*

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE MONTPELLIER

A MON PERE

*Dont l'esprit de sacrifice et
l'affection amicale ont été nos
meilleurs guides dans la vie.*

A MA MERE

*Faible témoignage de ma grati-
tude et reconnaissance filiale à
jamais.*

A MA SŒUR

Dévouement, affection, amitiés.

A MADEMOISELLE A. BURGER

Reconnaissance.

A MES AMIS

INTRODUCTION ET LIMITATION DU SUJET

HISTORIQUE

Le cancer en général, et le cancer de l'estomac en particulier, frappe rarement les individus jeunes. Ne sont guère atteints, que les sujets ayant dépassé la quarantaine. Les auteurs classiques sont d'accord sur ce point, et tous en font une maladie de l'âge mûr. Aussi le cancer chez les jeunes fût-il considéré, pendant longtemps, comme une rareté; bien plus, pour la plupart des auteurs, jeunesse et cancer sont incompatibles, et quand par ses allures suspectes une affection gastrique laisse dans l'esprit de l'observateur un doute entre le diagnostic d'ulcère ou du cancer, le jeune âge du malade tranche la question en faveur de l'ulcère, et fait rejeter l'hypothèse de néoplasme.

De temps à autre, cependant, on signale quelques cas de cancer chez des sujets jeunes, sans jamais y insister. Au fur et à mesure que les moyens d'investigation se perfectionnent, l'attention des cliniciens est attirée par la relative fréquence avec laquelle le cancer de l'estomac se développe pendant la première

période de la vie. Les examens histologiques d'une part, la radiologie et les interventions chirurgicales, d'autre part, font constater le néoplasme.

C'est ainsi que Marc d'Espine, Lebert signalent un cas avant 30 ans sur 159 observations; Ott et Reicher ont une moyenne de 2 pour 100 avant 30 ans, sur 400 cas. Dittrich en constate aux autopsies deux cas, l'un de 21 ans, l'autre de 19 ans. De plus en plus apparaît la possibilité du cancer de l'estomac, chez les sujets jeunes, et avec la thèse de Marc Mathieu, soutenue à Lyon en 1884, sous l'inspiration du professeur Bard, la forme juvénile du cancer de l'estomac a pris place dans la littérature médicale.

Marc Mathieu a communiqué deux cas de 28 ans à la Société des Sciences Médicales de Lyon et il fixe les caractères cliniques de l'évolution du cancer de l'estomac chez les jeunes. Il en montre la possibilité et lui donne comme caractère d'être de marche rapide, se terminant par des accidents plus ou moins brusques, de n'être pas latent et d'être méconnu le plus souvent, car la maladie ne s'accompagne pas de cachexie; l'appétit reste conservé et les troubles digestifs sont réduits souvent au minimum. A partir de ce moment, tout auteur décrivant le cancer de l'estomac parle de la forme chez les jeunes, en lui donnant les mêmes caractères cliniques. Mais en 1904 est soutenue la thèse de Gander, de Berne, dans laquelle il discute les caractères donnés par Mathieu; depuis, plusieurs travaux ont paru sans être d'accord toujours sur tous les points.

Actuellement, et contrairement à l'opinion classique, nous croyons pouvoir dire que le cancer chez les jeunes est relativement fréquent : nous reviendrons sur ce sujet; nous ajoutons tout de suite que nous avons observé nos cas personnels à l'hôpital Saint-Antoine, au service de M. le Docteur Ramond, grâce à la bienveillance de M. le Docteur Chêne, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin assistant à l'hôpital Saint-Antoine, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et a bien voulu nous guider dans notre travail.

Qu'il nous soit permis ici de leur adresser nos plus sincères remerciements, et les prier de recevoir l'assurance de notre vive gratitude.

Voici le plan que nous avons adopté : nous nous proposons de schématiser l'étude clinique du cancer gastrique chez les jeunes. Intentionnellement nous ne traitons pas ni le rapport ulcéro-cancer ni le traitement du néoplasme gastrique, qui ne présentent aucune particularité. Nous nous contenterons d'insister seulement sur les caractères cliniques évolutifs et les moyens de les déceler. Ensuite, nous présenterons nos observations dont deux inédites et personnelles. Un résumé condensera à la fin, les conclusions de notre travail.

ETIOLOGIE

Fréquence : La localisation gastrique est une des localisations le plus fréquemment présentées par le cancer, après celui de l'utérus. Mais la presque totalité des cas publiés concerne des sujets dont l'âge varie entre 40 et 60 ans. Toutes les statistiques sont d'accord sur ce point et fixent sa fréquence entre 30 et 45 % de la totalité des cancers.

Hérédité : La question de l'hérédité du cancer de l'estomac se pose comme pour les autres cancers, chez les jeunes aussi bien que chez les âgés.

Il semble *à priori* que l'hérédité doive jouer son rôle dans la pathogénie du cancer. Malheureusement, il n'est pas toujours facile de connaître les antécédents familiaux des malades, et la notion d'hérédité manque dans beaucoup d'observations.

Sexe : Les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes.

Passé pathologique : Le passé pathologique des malades est en général peu chargé, et ne saurait d'ailleurs l'être, puisqu'il s'agit d'individus jeunes. Cepen-

dant il est à remarquer que chez certains alcooliques on trouve des signes de gastrite et de dyspepsie parmi lesquelles il est difficile de saisir le cancer. En tous cas rien n'empêche de supposer que l'irritation trop longtemps prolongée de la muqueuse gastrique, est un point d'appel pour la néoplasie.

Age : Le cancer de l'estomac suit les règles habituelles du cancer en général, c'est-à-dire qu'il présente son maximum de fréquence entre 40 et 60 ans. C'est surtout au-dessous de 40 ans que la différence s'accuse. L'écart est d'autant plus grand que l'on se rapproche de la trentaine. Peu habituel au delà de cet âge, le cancer de l'estomac est tenu pour rare avant 30 ans, non seulement par les classiques, mais encore par les gastro-entérologistes d'aujourd'hui. Sans doute cette notion est conforme à la réalité. Mais il serait fâcheux qu'elle contribuât à faire écarter systématiquement chez les jeunes le diagnostic du cancer gastrique, avec ce qu'il comporte de gravité pour le pronostic, et d'urgence pour l'indication opératoire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le siège de prédilection du cancer gastrique et le pylore, ou la région pylorique. Puis on le trouve au niveau de la petite courbure, et beaucoup plus rarement, sur la grande courbure et les faces.

Dans nos observations I, II, V, VIII, IX, nous le trouvons sur le pylore, dans les observations III et IV il siège au niveau de la petite courbure, et nous avons un cas où le cancer occupe la moitié inférieure de l'estomac (obs. VII). On voit que le pylore est envahi dans 60 % des cas environ de la totalité des cancers gastriques et que la distribution est à peu de choses près analogue à celle du cancer de l'estomac chez les âgés.

Rien de particulier à signaler dans l'aspect macroscopique. Il se présente, ou bien sous une forme bourgeonnante en surface, ou bien s'étend en profondeur par infiltration progressive de la paroi stomacale. D'où les deux formes classiques de tumeur et d'infiltration cancéreuse. Ces deux formes se rencontrent avec la même fréquence chez les sujets jeunes, que

dans le cancer de l'estomac en général. En réalité, ces formes se trouvent rarement à l'état pur et isolé. Le type le plus fréquemment observé, est constitué par l'association de deux formes déjà citées. La partie stomacale envahie, s'épaissit et s'indure. Les orifices se rétrécissent et se déforment irrégulièrement, et comme conséquence de cette sténose, la cavité gastrique apparaît souvent très dilatée et remplie par une plus ou moins grande quantité de liquide de stase.

La consistance de la tumeur peut être molle ou dure et peut subir des dégénérescences diverses. Histologiquement, on observe des variétés typiques et atypiques et une tendance à la dégénérescence colloïde, d'ailleurs sans influence sur la symptomatologie de l'affection. La dégénérescence colloïde, il est vrai, n'est pas rare dans les épithéliomas du tube digestif et, d'après les statistiques, on en trouve un pourcentage de 20 à 30 %.

La tendance à la généralisation du cancer de l'estomac chez les jeunes semble précoce et variée, et on l'observe aussi bien dans les formes rapides que dans les formes lentes. Peu d'organes sont respectés ; en premier rang se placent le foie et le péritoine. Les lésions y ont l'aspect classique des noyaux secondaires dans le foie, un aspect marronné avec confluence d'un certain nombre des noyaux, ou bien encore des granulations cancéreuses sur le feuillet viscéral du péritoine, épiploons et les mésos.

Les ganglions abdominaux sont aussi le siège de

métastases. Ceux de la petite courbure et du groupe rétro-pylorique sont naturellement, le plus atteintes (obs. I, III). L'invasion néoplasique s'effectue très rapidement. Il se forme une gangue cancéreuse au dépens des lymphatiques et du tissu cellulaire qui sépare les ganglions les uns des autres; il s'opère une véritable fusion, et le tout forme alors une masse plus ou moins ramollie à son centre, et dont les dimensions peuvent atteindre le volume d'une tête d'adulte.

Le pancréas est assez souvent cancérisé. Dans notre observation VIII nous avons vu les ganglions de la tête du pancréas nettement cancérisés, alors que le pancréas n'était pas touché pour son propre compte. Dans l'observation IX, à l'autopsie pratiquée le 12 mai, on a trouvé, un énorme ascite et les ganglions cœliaques, qui formaient une masse considérable, dans laquelle la bouche de gastro-entérostomie se noyait. D'autre part, le pancréas était cancérisé, et très volumineux. Le foie, relativement moins touché, présentait deux noyaux secondaires.

Les métastases intestinales peuvent s'observer. Elles déterminent alors, une sténose complète qui occasionne des vomissements incoercibles, à odeur fécaloïde. Dans ce cas, l'infiltration épithéliomateuse semble avoir son point de départ dans la sous-séreuse, ayant emprunté, par conséquent, la voie lymphatique, suivant le mode décrit par Bensaude.

L'ovaire peut aussi subir la dégénérescence cancéreuse au cours de néoplasies gastriques, soit par

greffe ou bien par la voie sanguine. Dans la thèse de Metzger, sur 283 métastases ovariennes secondaires au cancer digestif, dont 223 secondaires à des cancers gastriques, on trouve 28 observations chez des femmes de moins de 28 ans, soit 12.5 %.

SYMPTOMATOLOGIE

Les aspects cliniques du cancer de l'estomac sont très variés. Nous exposerons d'abord l'évolution la plus ordinaire de la forme commune, puis nous passerons en revue, les principaux symptômes de cette affection.

Malgré que le cancer de l'estomac soit susceptible d'un polymorphisme important, il nous a semblé que dans la majorité des cas cette affection évoluait suivant un type bien défini, rappelant d'assez près, le cancer de l'estomac chez l'adulte.

Les malades, qui n'ont pas toujours un passé dyspeptique, précisent mal le début de la maladie, accusent des troubles assez vagues, diminution progressive de l'appétit, fatigue et amaigrissement frappant, mais rien encore de bien caractéristique. Cependant on est souvent étonné de la longueur de l'histoire clinique; il est difficile de savoir s'il s'agit d'un état de gastrite, ou du début de l'évolution propre du cancer. L'examen objectif le plus attentif ne relève à cette période, aucune modification appréciable des organes abdominaux.

Plus tard cet état s'aggrave. Des douleurs tenaces apparaissent, l'affaiblissement augmente, l'amaigrissement progresse, les muqueuses se décolorent, et la pâleur traduisant une anémie profonde. De ce moment tous les symptômes s'aggravent; l'état général s'altère très profondément, le teint prend un aspect jaune paille. Les adénopathies périphériques, les œdèmes complètent le tableau de la cachexie cancéreuse.

Tous ces symptômes constituent ce que Mathieu a appelé syndrome gastro-cancéreux banal, dont les principaux éléments sont :

a) Phénomènes dyspeptiques, en particulier l'anorexie, qui est, sans être trop fréquente, un symptôme intéressant; douleur, vomissements, gastroragies que nous ne trouvons pas dans nos observations.

b) Phénomènes généraux : amaigrissement, anémie. Il faut distinguer ces signes du point de vue descriptif, mais on ne saurait trop souligner l'intérêt de leurs dissociations chronologiques, et les malades dont nous rapportons les observations présentent une période de longueur, variable de troubles dyspeptiques, avant que l'atteinte de l'état général vienne attirer l'attention.

c) Signes cliniques locaux : tumeur gastrique.

d) Modification du chimisme gastrique : diminution de la sécrétion chlorhydrique et production des fermentations lactiques.

e) Signes radioscopiques.

f) Evolution progressive et fatale.

Nous essayerons d'analyser ces symptômes dans nos observations, afin de voir comment ils se combinent chez un même malade.

Début. — Ordinairement lent et insidieux. Cependant certains malades précisent exactement le début de la maladie. Plus rarement, le cancer de l'estomac s'installe brusquement. Un malade, jusque-là bien portant, est pris brusquement de troubles gastriques dont la douleur et les vomissements tiennent le premier rang. Une autre fois une anémie progressive marque le début.

Etat. — Phénomènes dyspeptiques.

Anorexie : Sur 9 cas, nous avons constaté un cas (obs. VI) où l'appétit était conservé, et dans les autres huit cas, soit l'appétit manquait, soit les malades restreignaient volontairement leur alimentation (obs. VIII, IX). L'anorexie s'installe rapidement et peut devenir rebelle. Elle s'observe d'autant plus, que les sujets sont plus âgés, et peut manquer chez les jeunes ou chez ceux qui ont présenté antérieurement, un ulcère gastrique.

Douleurs. — Les sensations douloureuses sont presque constantes. D'intensité variable, elles sont en général modérées au début. Plus tard, elles se traduisent par une sensation de brûlure ou de plaie ou de barre épigastrique (obs. I, VI, VII, VIII), des crampes (obs. III), des pincements (obs. II), etc...

Elles peuvent s'irradier vers le dos (obs. I, VI, VII, VIII, IX) ou l'abdomen, sous forme de coliques abdominales, faisant entrer le cancer dans les formes intes-

inales du cancer gastrique (Rachet. *Revue Méd. Franç.*, mars 1932). Les repas influent nettement sur la production de la douleur. Rarement précoce, elle se montre deux à quatre heures après les repas. Dans notre obs. III il y a douleur et régurgitations matinales à jeun.

Vomissements. — Les vomissements des cancéreux exhalent une odeur du beurre rance; ils ne sont pas acides, ils ne contiennent pas, ou presque pas d'acide chlorhydrique. Ce sont le plus souvent, des vomissements alimentaires, et on y trouve assez souvent, des fragments de viande mal digérés, à cause de cette diminution d'acide chlorhydrique.

Lorsque le cancer occupe le pylore ces vomissements sont caractéristiques; ils sont peu fréquents, plus abondants, et on y trouve des débris d'aliments ingérés plusieurs jours auparavant. Ces vomissements peuvent soulager les malades.

Hématémèse. — L'hématémèse est, peut-être, moins fréquente, dans la forme juvénile du cancer de l'estomac, que chez les cancéreux âgés. En tous cas, nous ne l'avons pas trouvée chez nos malades. Tout récemment Guttemann et Demol, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, comme dans la thèse de l'un d'eux (Demol, *Thèse de Paris* 1931) insistent à juste titre sur la rareté relative des lésions gastriques organiques (ulcus et cancer) dans l'étiologie des hématémèses.

Melaena. — Le melaena accompagne souvent l'hématémèse ou, plus rarement, il se présente isolé. Pour

certain auteurs, son apparition est bien tardive. quelques jours avant la mort : pour d'autres, on peut le voir à une époque beaucoup plus précoce. Nous ne l'avons pas trouvé chez nos malades. A part le *me-laena*, lorsqu'il existe, rien de particulier à remarquer sur le fonctionnement intestinal. Il y a tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée, et lorsque cette dernière s'installe, elle est fétide, tenace et rebelle à tout traitement.

Tumeur. — L'existence de la tumeur n'est pas toujours constante. Elle se montre tardivement, dans la seconde moitié de l'évolution de la maladie. Elle manque dans un nombre des cas, soit parce qu'elle est de trop petit volume pour être reconnue, soit parce que son siège la rend inaccessible à nos moyens usuels d'investigation. Il n'y a que dans nos observations V et VII que la tumeur a été reconnue à l'examen physique, présentant le volume d'une noix.

Adénopathies. — Il paraît que le système lymphatique réagit plus fortement chez les sujets jeunes que chez les âgés, et de ce fait, les métastases ganglionnaires, cliniquement appréciables, sont plus fréquemment observées. C'est ainsi, qu'on trouve envahie la région cervicale inférieure, et ailleurs, les ganglions axillaires, inguinaux et sous-maxillaires.

Ces ganglions sont caractéristiques : ils sont petits, durs, indolores, roulant sous le doigt, et ne s'accompagnent pas de périadénite.

Cette extension ganglionnaire se voit à la phase terminale et indique l'état déjà avancé de la maladie.

une généralisation avancée, dont la première étape porte sur les ganglions périgastriques et péritonéaux. Leur présence facilite le diagnostic et contre-indique toute tentative d'opération curatrice.

Chimisme. — Le suc gastrique extrait après le repas d'épreuve est rarement normal. Le fait le plus caractéristique est l'absence ou, tout au moins, une très forte diminution de l'acide chlorhydrique et une augmentation de l'acidité de fermentation.

Malgré que, pour certains auteurs, cette anachlorhydrie ne soit pas toujours pathognomonique, elle présente un symptôme non dénué de valeur, surtout quand il est associé à d'autres troubles du chimisme gastrique.

D'après Hayem et Lion, dans le cancer gastrique, l'hypo-pepsie est la règle, l'hyper-pepsie l'exception, et quand elle existe, elle est toujours modérée.

L'acidité totale est dans la moitié des cas, faible; l'acidité de fermentation est presque toujours décelable (70 à 75 % des cas environ) et il s'agit toujours de l'acide lactique.

Chez nos malades nous avons trouvé une hyperacidité totale, avec augmentation des acides de fermentation (obs. I, II, VI, VII); chez deux malades nous avons observé une anachlorhydrie (obs. VIII, IX); chez un autre le chimisme gastrique se montrait normal (obs. III), et enfin chez les malades des observations IV et V, le tubage gastrique n'a pas été pratiqué.

Je rappelle que ce que nous venons de faire des

signes cliniques montre à quel point ils sont flous et plus caractéristiques. Si l'on examine d'un peu haut le problème clinique, tel qu'il se présente en pratique, nous pouvons résumer simplement : ce sont des sujets jeunes présentant un tableau clinique qui, dans certains cas, fait penser à l'ulcère.

Quand ce tableau est très accusé, qu'il en impose véritablement par ses douleurs tardives pour un ulcère, il est bien rare que le sujet ne vienne consulter assez tôt. On s'aperçoit alors, dans la majorité des cas, que le sujet souffre pour la première fois de l'estomac et que, sauf dans des cas exceptionnels, le début remonte de trois à six mois.

Dans cette variété de cas, s'il s'agissait d'un ulcère, on ne peut pas manquer d'être frappé par la longueur et la persistance anormales de cette fausse crise ulcéreuse.

D'autant plus, que l'amaigrissement dans la majorité des cas, fait déjà suspecter l'organicité des troubles.

Nous avons vu qu'il ne fallait pas trop compter sur le tableau classique du cancer gastrique et que l'anorexie manquait souvent. Ce sera donc sur une impression d'organicité assez mal organisée, qu'on pratiquera l'examen.

Le chimisme ne fournit que des renseignements insuffisants. C'est la radiologie et surtout la radiographie en séries qui donneront la précision. Dans une seconde variété de cas, que le début des troubles soit très lointain, le tableau clinique très flou, l'orientation vers une lésion organique de l'estomac ne s'ap-

puie que sur un seul signe : l'altération de l'état général et la résistance au traitement. Surtout dans les cas où la radiologie n'a montré ni ptose, ni atonie, et surtout lorsqu'on aura pu constater sur un estomac un peu d'hyperkynésie, on aura été amené à étudier la région du carrefour et à pratiquer des radiographies en séries.

Radiologie. — La radioscopie doit être le premier temps de cette étude. Elle peut fournir d'emblée des renseignements intéressants, mais cependant il ne faut pas s'abuser sur cette possibilité, et même ne pas tenir un trop grand compte de l'apparente souplesse de la paroi.

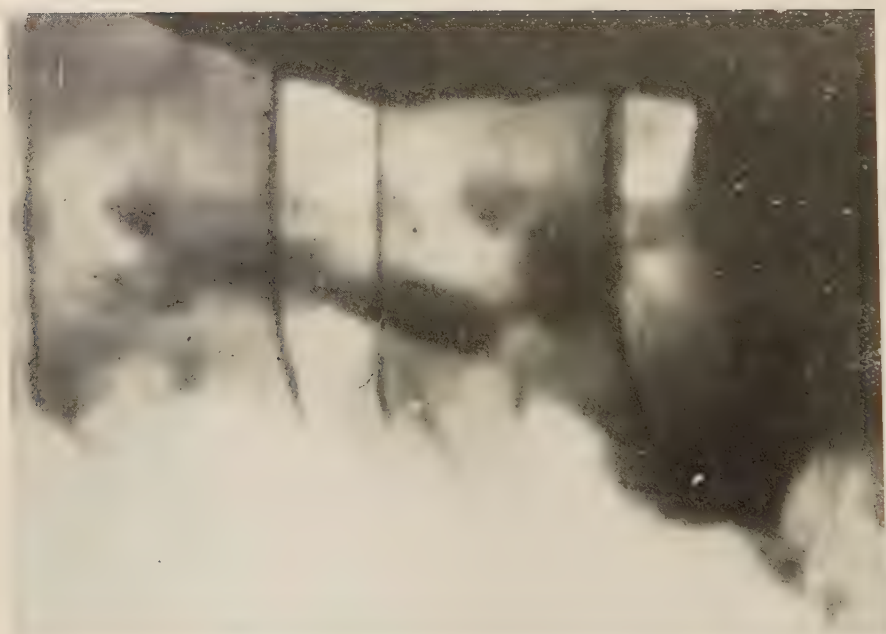
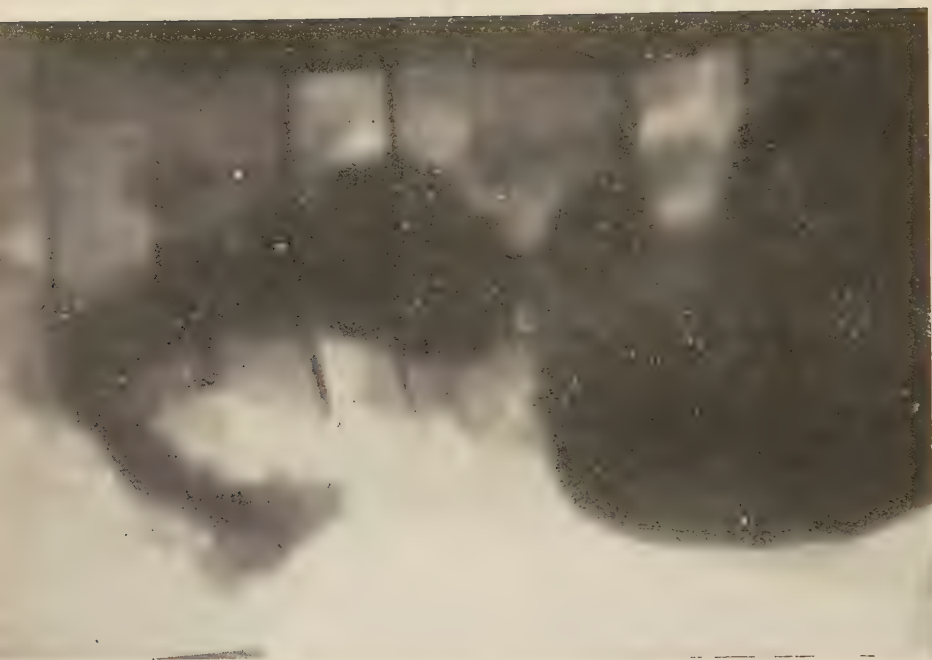
Certains néos, même très étendus, malgré l'opinion classique, sont assez infiltrés, sans pour cela déterminer une fixité des parois. La radiographie en série doit être le complément indispensable, quelque soit l'âge du malade, en présence des troubles digestifs accompagnés d'une atteinte de l'état général. Il est bien évident que lorsqu'on constate à la scopie une grosse dislocation, ptose, atonie, cette pseudo-modification peut suffire à expliquer l'atteinte générale, mais ne devra pas retarder la radiographie en série. Mais même lorsqu'elle est négative, en présence d'altération inexplicable de l'état général, l'emploi systématique de la radiographie en séries (obs. VIII, IX) nous a permis de poser un diagnostic précis. A part les cas où il existe une rétention complète ou non, l'estomac est généralement normal, ce qui permet déjà d'écarter les aspects de ptose, d'atonie avec

calotte plus ou moins accusée, que l'on peut voir dans les cas graves de dyspepsie fonctionnelle ou nerveuse. Cette élimination relative par radiologie présente néanmoins, un intérêt.

D'autres fois, si le malade a été préparé six heures avant, on peut noter l'existence d'un résidu solide (obs. V) sous forme de la cuvette classique de sténose, laquelle n'a rien de caractéristique, mais fait poser des indications chirurgicales.

D'autres fois, la rétention solide se présente comme dans les observations III, VIII et IX, sous forme d'une tâche unique ou double: dans le second cas, celle qui est située plus à droite, étant dans la région bulbaire, et l'examen après remplissage de l'estomac, n'apporte généralement aucune impression de flou, d'entrave ou d'allongement anormal, du canal pylorique. Les radiographies en séries viennent préciser ce dernier point, montrant la réalité d'aspect lacunaire, dans les cas heureux, mais beaucoup plus souvent, une *déformation constante sur tous les clichés*, que trop souvent on interprète à rebours.

Déjà cette constance de l'image attire l'attention, mais il nous semble que trop souvent, on a tendance à considérer certaines images antro-pyloriques comme des aspects de niche, d'invagination, alors qu'il s'agit en réalité d'une perte de substance avoisinante qui donne cette illusion de niche. D'autres fois la radiographie en séries permet de faire justice à certains aspects pseudo-diverticulaires du bulbe, seulement en montrant la constance. On s'aperçoit



Les six clichés tirés représentent les mêmes images, qu'on peut interpréter soit comme diverticules ulcéreux de la portion horizontale de la petite courbure, soit, ainsi que le schéma l'explique, par une perte de substance de la région prépylorique (Obs. VIII).

en effet qu'il existe, dans ce que l'on croit être la région pylorique, un allongement anormal de ce canal. En réalité, la perte des substances porte sur la région antrale, le pseudo-diverticule est constitué par



la partie distale de l'antra, le canal pylorique et le bulbe étant plus en aval. Dans notre obs. VIII le schéma explicatif illustre cette façon de voir.

Durée et évolution. — Si nous faisons une analyse

de nos observations, nous trouvons que la durée de cette affection chez certains sujets jeunes est rapide, mais dans plus de la moitié des cas, la longueur est étonnante.

Obs. I.....	1 an.
Obs. II.....	18 mois.
Obs. III.....	4 ans.
Obs. IV.....	3 mois
Obs. V.....	3 mois.
Obs. VI.....	1 an.
Obs. VII.....	8 ans.
Obs. VIII.....	3 ans.
Obs. IX.....	5 ans.

En faisant la moyenne nous trouvons, pour la durée de la maladie, le chiffre de 26 mois environ.

Si maintenant nous nous posons la question : Quelle est la proportion de différentes évolutions, nous trouvons le chiffre suivant :

De 1 à 6 mois : 1 cas : Obs. V.

De 6 à 12 mois : 2 cas : Obs. I, VI.

De 1 an à 2 ans : 2 cas : Obs. II, IV.

De 2 ans à 3 ans et au-dessus : 4 cas : Obs. III, VII, VIII et IX.

De ce que nous venons d'exposer on conçoit qu'il y a des cas où les malades sont emportés très rapidement, et d'autres — 1 cas — où la longueur de l'évolution est étonnante.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du cancer gastrique chez les sujets jeunes, comme chez les âgés, se pose dans deux circonstances bien différentes : tantôt il s'agit d'un malade avec manifestations relativement légères, tantôt le malade se présente avec un tableau symptomatique plus ou moins complet.

Dans le premier cas il convient de préciser l'origine réelle des troubles et de dépister le cancer à son début. C'est le diagnostic précoce du cancer. Dans le second cas on fait le diagnostic à la période d'état.

Comme il est encore répandu que le cancer du jeune âge est relativement rare, on passe parfois à côté du diagnostic, soit parce que l'on n'y pense pas ou que l'on n'y songe que pour l'éliminer, ou bien la prédominance ou l'absence de certains symptômes induisent en erreur.

Le retard apporté dans le diagnostic du cancer gastrique n'avait autrefois pas grand inconvénient, car le traitement relevait uniquement de la thérapeutique médicale et n'était que palliatif. Il n'en est plus ainsi aujourd'hui, car en confiant le malade au chi-

rurgien, à un stade peu avancé de la maladie, il est possible de réaliser pour le cancer de l'estomac, par exérèse complète de la tumeur, ce qui se fait pour les cancers des organes facilement accessibles. Donc, il y a un intérêt majeur de diagnostiquer le cancer à son début.

Il y a certaines maladies qu'on rencontre pendant le jeune âge, et qui présentent une symptomatologie à peu près analogue au cancer juvénile de l'estomac, et avec lesquelles l'erreur est possible. Telle est par exemple la dyspepsie nerveuse, l'ulcère gastrique, certaines tumeurs de nature non cancéreuse, la pré-tuberculose du tube digestif, etc...

Le diagnostic différentiel entre une lésion organique de l'estomac, et particulièrement le cancer et la dyspepsie nerveuse, nous paraît plus facile. Ces dyspepsies se caractérisent par ce qu'elles sont capricieuses, mal systématisées et contradictoires pour ainsi dire. Chez ces névropathes l'anorexie peut être provoquée par une contrariété, il y a une faim nauséuse et angoissante qui n'existe pas chez les cancéreux jeunes. Si on interroge ces malades de plus près, et si on les observe quelque temps, on voit plutôt un refus systématique qu'un trouble. Les douleurs se produisent à n'importe quel moment, peuvent exister même, pendant la digestion ou le matin à jeûn.

Les vomissements hystériques entraînent parfois un amaigrissement considérable : le sujet prend un aspect cachectique et on peut le prendre pour un cancéreux. Mais ici encore il faut distinguer les vomisse-

ments hystériques, des vomissements cancéreux. Les premiers se produisent régulièrement, soit au milieu des repas, soit à la fin, sans douleurs préalables ni efforts pénibles. Au contraire, les vomissements cancéreux surviennent 2-3-4 heures après les repas, sont précédés de douleurs vives et ne sont pas réguliers.

Le diagnostic différentiel entre le cancer et l'ulcère gastrique est plus difficile. Toutes les probabilités sont en faveur de l'ulcère : jeune âge des malades, intensité des douleurs, les vomissements, les hématomèses, et tout en analysant les symptômes on ne peut toujours pas trancher la question. L'anorexie peut manquer dans le cancer précoce, la restriction alimentaire peut exister, aussi bien chez les cancéreux que chez ceux ayant tout simplement un ulcère. Les douleurs et leur horaire ne suffisent pas toujours pour préciser le diagnostic, soit qu'elles sont dans le cancer moins schématiquement tardives, ou bien elles sont moins régulièrement calmées par les aliments. Il faudra toujours étudier l'évolution de la douleur laquelle présente des périodes de paroxysme et d'accalmie aussi bien dans l'ulcère que dans le cancer, mais dans l'ulcère gastrique, l'accalmie est beaucoup plus longue et il y a une disparition complète des manifestations douloureuses, tandis que dans le cancer il n'y a que peu ou pas de paroxysme; il n'y a pas de rythme et la douleur ne disparaît pas complètement, comme dans l'ulcère.

Les vomissements ne secourent pas beaucoup le diagnostic. En pratique, le cancéreux ne peut être

pris que pour un ulcéreux à sa première période, mais cette crise dure anormalement comme crise évolutive. Dans nos observations nous avons vu en outre qu'il existait presque constamment une phase plus ou moins longue des troubles dyspeptiques variables, qui n'existe jamais dans l'ulcère. Toutefois, ils surviennent à la fin de la crise douloureuse dans les deux cas, mais calment moins complètement les cancéreux.

Le chimisme gastrique, après repas d'épreuve montrant de l'hypo-pepsie, une acidité diminuée ou bien égale à 0, et une augmentation des acides de fermentation restent toujours évidemment en faveur du cancer.

Dans les cas où il y a une absence des signes physiques nets, ou l'absence de la tumeur, d'adénopathies, de cachexie, le diagnostic clinique sera très difficile. C'est alors qu'on demande le secours du laboratoire et surtout de la radiographie. L'examen radiologique est le complément indispensable pour tout examen gastrique. Lui seul, dans les cas douteux, tranche le diagnostic. Ce sont surtout les déformations de l'image qui sont caractéristiques du cancer : image lacunaire, marécageuse. Presque toujours la radiographie précise le diagnostic en affirmant un cancer, alors que la clinique penchait plutôt pour l'ulcère.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Par F. RAMOND, médecin des Hôpitaux de Paris, et
J. VANIER, interne des Hôpitaux de Paris).

M^{me} D. R..., âgée de 26 ans, ménagère, entrée dans le service le 23 juillet 1920, pour des troubles gastriques dont le début remonte à un an, consistant en une sensation de barre épigastrique, survenant immédiatement après les repas, et suivie trois heures après d'une régurgitation d'eau chaude, à odeur fade qui soulage la malade.

Aucun trouble appréciable auparavant, si ce n'est l'apparition à intervalles éloignés, depuis six ans, de cette même sensation de barre épigastrique, avec constipation opiniâtre.

Depuis trois semaines : brûlures très vives, quatre heures après les repas, suivies de vomissements, qui les calment.

Irradiations dorsales : pyrosis avec abondante sialorrhée.

A l'examen : Pâleur avec décoloration des muqueuses. Amaigrissement.

La palpation de l'abdomen ne montre rien d'anormal, si ce n'est du clapotage à jeun.

Radioscopie. Estomac de dimensions normales, avec contractions péristaltiques légères, mais ne se vidant pas. La région pylorique ne présente aucune irrégularité des contours.

Tubage gastrique. Méthode de Topfer.

A jeun : 50 cm³ de bouillie épaisse.

Acide chlorhydrique libre.....	0,28
Acidité totale	1,46
Acidité de fermentation.....	0,94
Chlore combiné	0,32

Après repas d'épreuve :

H = 1,82	1 gr.
A = 3,90	1 gr. 80.
F = 1,95	Normalement 0 gr. 30.
C = 0,13	0 gr. 50.

Soit une hyperacidité totale, avec augmentation des acides de fermentation.

On adresse la malade au professeur Gosset, avec le diagnostic de sténose du pylore vraisemblablement d'origine ulcéreuse.

Intervention (Prof. Gosset) :

Pylorectomie avec gastro-entérostomie postérieure. Volumineuse ulcération juxta-pylorique, reposant sur une paroi gastrique épaissie, sans aspect véritablement tumoral.

Examen histologique (Lab. du prof. Gosset) :

Résumé : Ulcère, creusant jusqu'à la séreuse. Nombreux éléments inflammatoires dans la sous-séreuse. Dans une région limitée, près de la berge de l'ulcère, éléments néoplasiques qui ont franchi la basale : quelques autres, isolés, se trouvent dans la profondeur de la paroi gastrique. Sur trois ganglions, deux sont envahis par des cellules du même ordre.

OBSERVATION II

(Par F. RAMOND, médecin des Hôpitaux de Paris, et
J. VANIER, interne des Hôpitaux de Paris).

M^{me} F..., 27 ans, a été opérée en province le 26-11-1929 pour ulcus pylorique. Gastro-entérostomie au bouton de Murphy.

Le 14 novembre 1930 le docteur Lapointe est obligé de réintervenir pour enlever le bouton de Murphy qui n'est pas parti spontanément.

Depuis, continue à souffrir, — tous les jours sans rapports nets avec l'horaire des repas (pincements plutôt que brûlures).

Douleurs calmées très incomplètement par les alcalins et les poudres intertes.

Vomissements aqueux, non alimentaires.

A l'examen : Amaigrissement important. Douleurs mal localisées au creux épigastrique.

Radioscopie :

1° Transit légèrement retardé;

2° L'estomac se remplit régulièrement; la bouche de G. E. fonction, vite.

Sur la portion verticale de la petite courbure, on note une saillie floue, irrégulière, bien visible en position, disparaissant dans les positions obliques.

Même aspect à la graphie.

Tubage gastrique :

A jeun 10 c. c. de liquide sans débris après repas d'épreuves : 65 c. c. de liquide : H^{me} 1,02; A = 2,04; F = 0,29; C = 0,73.

On pense à une récurrence d'ulcus.

Intervention (D^r Lapointe, avril 1931) :

Abondantes adhérences entre l'estomac et l'épiploon.

Epaississement du bord supérieur du canal pylorique, empiétant sur le petit épiploon.

Callosité en selle sur les deux faces de la petite courbure.

Vérification de la bouche de G. E. et résection à droite de cette bouche.

Examen histologique (D^r F. Ramond) :

Résumé : Gastrite intense et diffuse avec, limitée à la région du pylore, une dégénérescence néoplasique du type carcinomateux.

OBSERVATION III

(Par F. RAMOND, médecin des Hôpitaux de Paris, et
J. VANIER, interne des Hôpitaux de Paris).

M^{me} Cons..., âgée de 23 ans, entrée dans le service pour douleurs gastriques, remontant à 4 ans. Crampes vives, à siège épigastrique, à irradiations dorsales, survenant deux heures après les repas, calmées par les aliments. A caractère périodique (crises de vingt jours) d'abord, maintenant, continues.

Vomissements muqueux ou alimentaires, acides depuis quelques mois.

Pas d'hémorragies, ni anorexie, ni amaigrissement.

Examen : Rien de notable à l'examen clinique.

Radioscopie :

1) Il existe dans l'estomac un résidu assez important du repas opaque, pris six heures avant. Une tache persiste au niveau du bulbe.

2) Le repas pris sous l'écran descend en flocons. Le bas-fond est dilaté; les contractions persistent. Le passage pylorique se fait en retard. Le canal est irrégulier, mais indolore.

Le bulbe est d'aspect normal.

Tubage gastrique :

A jeun : grosse quantité de liquide, avec débris alimentaires.

Après repas d'épreuve : $H = 0,73$; $A = 1,97$; $F = 0,43$; $C = 0,20$.

Malgré le chimisme normal, la longueur de l'évolution et l'âge du malade, on passe celui-ci en chirurgie avec présomption de néoplasme pylorique.

Intervention (D^r Lapointe, avril 1931) :

Gastrectomie (ulcus caeux).

Ganglions du volume d'un très gros pois.

Epiploïte le long de la petite courbure.

Histologie (D^r F. Ramond) :

Néoplasie de type carcinomateux, expliquant l'ulcération.

Le reste de la muqueuse est en état de gastrite intense diffuse, avec début de néoplasie.

Ganglion envahi par le néo à sa périphérie.

OBSERVATION IV

(Par F. RAMOND, médecin des Hôpitaux de Paris, et J. VANIER, interne des Hôpitaux de Paris).

M^{me} Cl..., 30 ans, vient consulter pour la première fois en 1925.

Depuis deux ans :

Souffre tous les jours, sans interruption. Le matin à jeun, sensations de constriction du côté gauche du thorax, et besoin de manger. Une heure après le petit déjeuner, pesanteur calmée par les alcalins. A midi, pas d'appétit. Mêmes sensations l'après-midi; la nuit réveil à une heure.

Quelques régurgitations fades d'eau, à onze heures, procurent un certain bien-être.

La position couchée améliore la malade.

Selles, régulières.

Amaigrissement.

Examen physique : Sensibilité du creux épigastrique et légère douleur à la pression de la base gauche, du thorax.

Radioscopie, janvier 1926 :

Baryte ingéré sous l'écran.

Dilatation globuleuse du bas-fond avec bord supérieur rectiligne.

Quand on soulève à la main, formation constante d'un diverticule à l'angle du bord supérieur du pylore et de la petite courbure.

Douleur à la pression.

Passage pylorique précoce et abondant.

Tubage gastrique : n'a pas été pratiqué.

B. W. négatif.

Diagnostic : Ulcus de la petite courbure. Résection en selle, et gastro-entérectomie postérieure.

Examen histologique (D^r Ramond) :

Sur les bords de l'ulcération, grosse inflammation, profonde et superficielle.

Nombreux éléments néoplasiques fournis surtout aux dépens des canaux excréteurs et des culs-de-sac.

Suites opératoires :

Revue en juin 1927.

Néoplasme, emputant tout le pylore.

Etat cachectique.

Décès en août 1927.

OBSERVATION V

(Par F. RAMOND, médecin des Hôpitaux de Paris, et J. VANIER, interne des Hôpitaux de Paris).

(Publiée par MM. Jacquelin et Soulès.

Société de Gastro-Entérologie de Paris, 13 mai 1929.)

M. Bil..., 21 ans, vient consulter en juin 1928 pour vomissements répétés.

Début il y a trois mois.

Pesanteur après les repas.

Puis, douleurs et vomissements alimentaires, survenant deux à trois fois par jour, quatre ou cinq heures après les repas.

Amaigrissement rapide.

Examen : Tumeur grosse comme une noix, perçue à deux travers de doigt au-dessus et à droite de l'ombilic.

Clapotage à la succussion, et péristaltisme visible.

Radioscopie : Image classique de cuvette sous-pu-bienne. En decubitus ventral, extrémité pylorique limitée par une ligne transversale, irrégulière, dentelée.

Diagnostic : Sténose pylorique par tumeur, de nature douteuse.

Intervention (D^r Quenu) :

A la partie supérieure du canal pylorique, noyau induré, gros comme une noix. Pas de ganglions. On hésite entre ulcus induré et néoplasme. Pylorectomie techniquement facile.

Histologie (D^{rs} Soulès et F. Ramond) :

Gastrite subaiguë.

Cellules de la région pylorique et peptique en évolution métaplasique.

Dissémination sous forme carcinomateuse, infiltrant toute l'étendue de la pièce opératoire.

Suites opératoires : immédiates : bonnes; éloignées : mort en décembre 1928 par lésion pulmonaire (tuberculose probable ?)

OBSERVATION VI

(Par F. RAMOND, médecin des Hôpitaux de Paris, et
J. VANIER, interne des Hôpitaux de Paris.)

M^{me} Feis..., 29 ans, avril 1931.

Depuis un an, le matin à jeun, et deux ou trois heures après les repas :

Douleur au creux épigastrique, avec irradiation en demi-ceinture droite.

Régurgitations aqueuses par gorgées amères, soulagant la douleur.

Bon appétit.

Selles régulières.

Amaigrissement.

Céphalées fréquentes, étourdissements, vertiges.

Douleur permanente.

Depuis 8 jours, 37°2 le matin, 37°8 le soir.

Aucun passé gastrique.

Bien réglée.

Trois F. C. spontanées en huit ans (de 3 mois et demi à 4 mois et demi).

Une grossesse à terme auparavant (enfant à 8 ans bien portant).

Toussé et enrouement.

Père mort de tuberculose, il y a un an.

Pas de lésion pulmonaire à la graphie.

Examen physique :

Douleur le long de l'aorte et des iliaques.

Signe de Murphy, positif.

Rien de net à l'auscultation.

Radiologie :

1) Un micro-résidu, dans l'antre pylorique.

2) Estomac court, très tonique à bords très réguliers jusqu'au niveau de l'antre.

Sur la grande courbure, une incisure permanente sépare l'antre du reste de l'estomac.

Toute la partie à droite de l'incisure est irrégulière, mal dessinée, surtout sur la petite courbure.

Evacuation rapide.

Tubage à jeun :

25 c. c. de liquide jaune sans débris alimentaires.

H = 0; A. T. = 0,51; F = 0,14; C = 0,36.

Tubage après repas :

100 c. c. de liquide avec débris alimentaires assez bien pulvérisés.

H = 0; A. T. = 0,51; F = 0,14; C = 0,36; P. H. = 5,4.

Roland +.

Entrée chez le D^r Lapointe, a refusé l'opération; est sortie au début de mai.

Nous ne savons donc ni les données opératoires, ni la vérification histologique. Mais les présomptions cliniques, chimiques et radiologiques semblent suffisantes pour affirmer le cancer.

OBSERVATION VII

(Par F. RAMOND, médecin des Hôpitaux de Paris, et
J. VANIER, interne des Hôpitaux de Paris.)

M^{me} D..., âgée de 25 ans, entrée dans le service du docteur Ramond en juin 1931.

Le début des troubles dyspeptiques remonte à 8 ans :

Douleurs survenant par crises, d'une durée de deux à quinze jours, avec accalmies complètes de quinze jours à un mois.

Une heure après les repas, peu modifiée par les aliments.

Siège épigastrique avec irradiations gauches vers le cœur.

Ni vomissements, ni hématomèses.

Constipation.

Depuis six mois, ces douleurs sont quotidiennes, plus intenses, augmentées par l'ingestion d'aliments.

Anorexie.

Vomissements aqueux le soir; crise de diarrhée.

Amaigrissement de 6 kilos en six mois.

A la palpation : Dans la région épigastrique, on sent une tuméfaction, allongée verticalement au-dessus de

l'ombilic dont la perception est d'une netteté variable, aisée surtout trois heures après le petit déjeuner, heure à laquelle se dessine une véritable voussure.

Radioscopie :

1) Repas de cinq heures dans le côlon, presque à l'angle splénique.

2) Aérocolie.

Un résidu de baryte peu opaque dessine la partie inférieure de la portion verticale de l'estomac et, d'autre part, l'extrémité pylorique.

Entre les deux, une zone non dessinée.

Le remplissage confirme l'image. On constate une amputation complète de l'antrum pylorique.

L'infiltration remonte sur la petite courbure, jusqu'à la partie moyenne.

Tubage :

A jeun, quelques c. c. de liquide sans débris alimentaires.

Après repas d'épreuve : 50 c. c. de liquide épais avec débris alimentaires, mal pulvérisés.

H = 0,29; A. T. = 1,38; F. = 0,21; C = 0,87.

Diagnostic : Cancer de la moitié inférieure de l'estomac, avec réserve pour un ulcère cauleux.

Intervention (D^r Pauchet) : Gastrectomie large d'une tumeur vraisemblablement cancéreuse.

Histologie (D^r Ramond) : Cancer de l'estomac.

OBSERVATION VIII

(Inédite et personnelle. Service de M. le D^r RAMOND.)

M^{me} Au..., 30 ans. Le 3 février 1932, cette malade vient consulter pour des crises douloureuses abdominales, qui durent depuis trois mois environ.

Les paroxysmes douloureux éclatent d'une façon régulière, trois à quatre heures après les repas, soit vers

4 à 5 heures de l'après-midi, soit de minuit à une heure. Ce sont des douleurs transfixiantes, irradiant dans le dos, à type de torsion, de déchirement. La crise dure un quart d'heure environ, jusqu'à ce que survient un vomissement, qui soulage la malade. C'est un vomissement alimentaire, où la malade rejette les éléments ingérés au repas précédent.

L'alimentation ne calme pas la douleur, au contraire, la malade restreint volontairement son alimentation.

Quelquefois, vomissements simplement.

Pas d'hémorragies intestinales.

Les crises douloureuses ne sont pas continues, il y a des périodes d'accalmie, à peu près complètes, mais la malade, à ce moment, doit faire un régime. L'ingestion de crudités, de ragouts suffisent à faire éclater une nouvelle crise. Les périodes d'accalmie ne durent jamais plus de 8 jours.

Antécédents : Depuis trois ans environ, la malade présente des crises analogues, qui éclatent vers 10 heures du soir et qui se terminent par des vomissements alimentaires, et débâcles diarrhéiques.

Examen : Malade amaigrie, surtout depuis 3 mois, a perdu 6 kilos.

Abdomen : est légèrement contracturé.

Point douloureux précis para-ombilical inférieur à un travers de doigt, au-dessus de l'ombilic, à droite de la ligne médiane.

Tension épigastrique.

Clapotage.

Mouvements péristaltiques.

Le foie n'est pas augmenté de volume.

Il n'y a pas de point douloureux vésiculaire.

Poumons : Sommet droit : quelques râles fins.

Cœur : B. A. S.

Recherche du sang dans les selles :

Roland légèrement +.

Weber —.

Tubage après repas : 100 c. c. de liquide, avec débris alimentaires mal pulvérisés.

H = 0,80; A. T. = 1,97; F = 0,36; C = 0,80.

Radioscopie : Le repas de 6 heures est dans le bas-fond gastrique, qui cependant ne semble pas dilaté.

Il existe un peu au-dessus du résidu gastrique une petite tache de baryte. Ingestion sous l'écran : remplissage normal, passage pylorique rapide. Pas de sténose. Léger arrêt de la baryte, au niveau du 3^e duodenum.

Après l'examen couché, la tache semble bien dépendre du canal pylorique.

Opération du 10 février 1932 :

Anesthésie : Balsoforme.

Gastrectomie pour cancer du pylore.

Diagnostic de cancer, fait par M. Chené, malgré le jeune âge de la malade, sur la constatation d'une encoche pylorique persistante visible sur plusieurs radiographies.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

L'estomac est distendu, mais bien mobile, et porte effectivement au niveau du bord supérieur du pylore, exactement à l'endroit indiqué par la radiographie, une tumeur du volume d'une petite noix.

Nombreux ganglions mobiles le long de la petite courbure et dans la région de la tête du pancréas.

On lie l'artère coronaire stomachique très en deça de l'infiltration ganglionnaire et la gastro-épiploïque dans une position symétrique.

Suture en un seul plan aux bronzes, sans drainage.

Examen macroscopique :

Incision de la grande courbure, qui montre à 2 cm. environ du sphincter un oratère infractueux à fond irrégulier et très induré siégeant sur la petite courbure.

Il existe le long de la grande courbure de nombreux petits ganglions durs.

Le pylore est intact.

Examen histologique :

Epithélioma gastrique.

OBSERVATION IX

(Inédite et personnelle. Service de M. le D^r RAMOND.)

M. Cou..., âgé de 24 ans, employé, vient à la consultation externe au mois de septembre 1931, pour des troubles gastriques, dont le début remonte à cinq ans environ.

Depuis un mois, les paroxysmes douloureux éclatent régulièrement, 3 heures environ après les repas. Le malade éprouve une sensation de brûlures épigastriques, et des douleurs qui s'irradient dans le dos. La crise dure environ une demi-heure, jusqu'à ce que survient un vomissement alimentaire, qui soulage en partie le malade. L'alimentation ne calme pas la douleur.

Ni hématemèse, ni mœlena.

Selles régulières, un peu noirâtres.

Amaigrissement.

Examen : Rien à signaler à l'examen clinique.

Tubage, après repas : 50 c. c. de liquide avec débris alimentaires mal pulvérisés.

Ce liquide se montrait anachlorhydrique.

I. *Radioscopie :* La radioscopie montre, après le repas de 6 heures, une tache dans les anses grêles.

Ingestion sous l'écran : remplissage normal, passage pylorique rapide; pas de sténose, kynésie régulière. Présence d'une incisure de la grande courbure à 1 ou 2 cm. à l'amont du pylore.

Revu le 29 octobre 1931 (à la consultation externe).

Présente une augmentation de poids de deux kilos. Les douleurs se sont dissipées.

A l'examen, le creux épigastrique est devenu sensible.

7 janvier 1932. II. *Radioscopie* : Image analogue

Semble taillé en biseau aux dépens de la petite courbure.

7 février 1932. Les douleurs tardives surviennent par période de 15 jours environ où le malade souffre après chaque repas, avec accalmie plus ou moins complète de 15 jours.

Diagnostic : Ulcus probable.

Le 9 février 1932, le malade entre au service de chirurgie, et le 20 février 1932 il a été opéré par MM. les Docteurs Griveaud et Béchet.

Anesthésie bromo-éthéro.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

La petite courbure rongée dans sa totalité.

Gros ganglions, le long de la grande courbure.

Impression des lésions inflammatoires et diffuses. Gastrite. A cause de ce fait, on se contente de faire une G. E. P. suivant la technique habituelle.

Examen histologique : Epithélioma gastrique.

Après l'intervention, le malade est revu à la radioscopie le 21 mars 1932, mais sans préparation. Remplissage régulier. La région centrale reste irrégulièrement emputée. La perte de substance est surtout marquée au niveau de la petite courbure, et à l'extrémité pylorique.

La bouche fonctionne à peu près régulièrement.

Les passages sont très réduits (petits filets).

Le 25 avril 1932, le malade entre dans le service du docteur Ramond, salle Chomel. L'état général devient mauvais, le malade se cachectise.

Décès le 11 mai 1932.

Autopsie le 12 mai 1932.

Enorme ascite. Les ganglions coeliaques formaient

une masse considérable, dans laquelle la bouche de gastro-entérostomie se noyait.

Pancréas cancérisé et très volumineux.

Le foie relativement moins touché, présentait deux noyaux secondaires.

CONCLUSIONS

1) Le cancer de l'estomac chez les sujets jeunes est relativement fréquent.

Il correspond environ à 7 % des cancers de l'estomac en général.

2) Son siège de prédilection est le pylore, ou la région pylorique comme chez l'adulte.

On observe une tendance à la généralisation.

3) Cliniquement, par sa symptomatologie, il se rapproche du cancer de l'adulte, mais il se distingue de lui par ce qu'il a des formes rapides, et d'autres dont la longueur de l'évolution est étonnante, et par la rareté des hémorragies.

4) L'examen radiographique, et surtout la radiographie en séries, seront les meilleurs moyens de reconnaître le cancer dans les cas douteux. Il importe dans ce cas d'envisager toujours la possibilité d'une perte de substance en présence d'une déformation persistante sur tous les clichés.

Vu : *Le Doyen*,
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*,
P. CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMAT. — Diarrhée dans le cancer gastrique. *Thèse de Paris*, 1931.
- ANDRAL. — *Clinique médicale*.
- AUDIBERT. — Cancer de l'estomac chez une femme de 25 ans. *Lyon Médical*, 1876.
- BARD. — Notes sur un cas de cancer précoce de l'estomac. *Lyon Médical*, 1884.
- Formes cliniques du cancer de l'estomac. *Semaine Méd.*, 24 août 1904.
- BENSAUDE. — Etude clinique sur les métastases du cancer de l'estomac; importance diagnostique des métastases rectales. *Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1910.
- BIERRING W. L. — Carcinoma in early life; with special reference to earlier methods in intra-vitam diagnosis. *I. Am. M. Ass. Chicago*, 1900, XXXIV, 1295-99.
- BLANC. — Forme anémique du cancer de l'estomac. *Thèse de Paris*, 1901.
- BOUVERET. — *Traité des Maladies de l'estomac*.
- BUDD. — *Traité des Maladies de l'estomac*, p. 168. Cas chez une femme de 26 ans. London, 1865.
- CANNEY. — Carcinoma of the stomach in a youth of nineteen. *Brit. med. Journal*, 1911, p. 248.
- CANSTATT. — *Statistique in Osler et Mc Croc*.

- CUNÉO. — De l'envahissement du système lymphatique dans le cancer de l'estomac et de ses conséquences chirurgicales. *Thèse de Paris*, 1900.
- DAMACHINO. — *Maladies des voies digestives*. Paris, 1880.
- DEBOVE et RÉMOND. — *Traité des Maladies de l'estomac*.
- DEMOL. — *Thèse de Paris*, 1931.
- ESSARD. — Cancer de l'estomac chez les jeunes. *Thèse de Lyon*, 1907.
- FAISANT Emile. — Etat actuel de la question du cancer. *Thèse de Lyon*, 1907.
- FORGUE. — *Acad. de Méd.*, 16 juillet 1918.
- Félix RAMOND. — *Les Maladies de l'estomac et du duodenum*. Manon, 1927.
- GAYRAUD R. — Le cancer dans les vingt premières années de la vie. *Montpellier Médical*, 1911, XXXIII, 514-536.
- GANDER. — *Thèse de Berne*, 1904.
- GREPTA. — A case of colloïd cancer. *Calcuta Méd. Journal*, mars 1927, p. 451.
- GUTTMANN. — *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1931.
- HAGEDORN. — Carcinome jugendlicher. *Central bl. f. Allg. Path. u. Path. Anat.*, jena 1916, XXVII, 121-125.
- HARBITZ et PLATON. — Statistics of cancer, cancer in early life. *Norsk. Mag. f. Lægevidensk. Kristiania*, 1917, 5 R., XV, 145-178.
- HAYEM. — L'ulcéro-cancer prépylorique. *Presse Méd.*, 1901.
- HAYEM et LION. — *In Traité Gilbert et Thoinot*.
- HIRTZ et LAISNÉ. — Epithélioma généralisé à toutes les parois de l'estomac chez une femme de 19 ans. *Méd. Moderne*, 1896.
- JACQUELIN et SOULES. — *Soc. de Gastro-Entérologie de Paris*, 1929.
- KATZ E. — *Ueber das Vorkommen von carcinom bei Jugendlichen und Fall. von Reetumcarcinom bei ei-*

- nem siebzehnjährigen* (Freiburg, Br.), 8°, Rostock, 1910.
- LA MOUCHE. — Formes rares de néoplasme gastrique à marche rapide chez une jeune fille de 17 ans. *Gazette des Hôpitaux*, 1905, p. 1576.
- LIBES. — *Thèse de Toulouse*, 1926.
- LOEPER et TURPIN. — Rôle du tissu conjonctivo-vasculaire dans les généralisations cutanées du cancer gastrique. *Arch. Mal. ap. digestif*, t. XIV, n° 9.
- LAIRD. — *Edimb. Méd. Journal*, 21 février 1922.
- LERICHE. — *Thèse de Lyon*, 1906.
- LEBERT. — *Maladies cancéreuses*.
- MATHIEU Marc. — Cancer précoce de l'estomac. *Thèse de Lyon*, 1884.
- MATHIEU Albert. — *Traité des Maladies de l'estomac*.
— Un cas de cancer de l'estomac à évolution lente chez un jeune homme. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1895.
- METZGER. — Les métastases ovariennes dans le cancer digestif. *Thèse de Paris*, 1911.
- MOUTIER. . . *Bulletin de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*.
— A propos d'un épithélioma étendu de l'estomac chez une femme de 22 ans. *Soc. de Gastro-Entérologie de Paris*, 6 février 1923.
- MOUTIER et MARE. — Envahissement du sein au cours de la généralisation lymphatique du cancer de l'estomac. *Arch. de Médecine expériment. et d'Anat. path.*, mai 1910.
- MUSSAT. — Cancer de l'estomac chez un soldat de 23 ans. *Soc. Méd. de Reims*, 15 février 1902.
- MOREAU, BROU et REVEL. — Cancer de l'estomac chez un indigène jeune. *Revue Tunisienne des Sciences médicales*, 1928, n° 8, p. 257.
- MONIER U. — Cancer de l'estomac chez un tuberculeux syphilitique âgé de 30 ans. *Gaz. Méd. de Nantes*, 1928.

PARMENTIER et CHABROL. — Forme anémique du cancer de l'estomac. *Paris Médical*, 1911, I, p. 479.

ROGER, WIDAL, TEISSIER. — *Nouveau Traité de Médecine. Cancer de l'estomac*, fasc. XIII.

ROUSSEAU Emile. — Formes et cas rares du cancer de l'estomac. *Thèse de Paris*, 1911.

RAUSCHMANN M. — *Das carcinom beim Menschen unter zwanzig Laren* (8°, Berlin, 1910).

ROQUE et BANCEL. — *Lyon Médical*, 1903, p. 218.

ROLIN. — *Traité des Maladies de l'estomac*.

SANEROT. — Le cancer de l'estomac à évolution lente. *Thèse de Lyon*, 1906.
